

**COLÉGIO CORAM DEO**

Avenida Rio Branco, 785, Centro, CEP 38400-056, Uberlândia-MG

FICHA DE MATRÍCULA – ANO: 2026

EDUCAÇÃO INFANTIL - ENSINO FUNDAMENTAL

## IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

EDUCAÇÃO INFANTIL – PRÉ 1 – 4 anos ( ) - PRÉ 2 – 5 anos ( ) ;

FUNDAMENTAL 1 – 1º ano (X) – 2º ano ( ) - 3º ano ( ) - 4º ano ( ) - 5º ano ( )

Data de Ingresso: 09/02/2026

|  |   |                                  |               |
|--|---|----------------------------------|---------------|
| Nome completo do(a) ALUNO(a): <u>Israel Vilela Farias de Magalhães</u>                           |   |                                  |               |
| Data Nascimento: <u>10/01/2020</u>   | Sexo: <u>Masculino</u>                                    | Cor/Raça: <u>Branco</u>          |               |
| Naturalidade/UF: <u>Uberaba/MG</u>   | RG: <u>24269545</u>                                       | CPF: <u>18283793695</u>          |               |
| Com quem mora o(a) aluno(a)? <input checked="" type="checkbox"/> pais ( ) pai ( ) mãe ( ) outros |   | Nacionalidade: <u>Brasileiro</u> |               |
| Nome do PAI: <u>Gabriel Vilela de Lima Magalhães</u>   |   |                                  |               |
| RG: <u>15664271</u>  | CPF: <u>12896171630</u>                                   | Data Nasc.: <u>17/01/1997</u>    |               |
| Empresa (trabalho):  | Telefone I:   | ramal:                           |               |
| Telefone residencial:  | Celular: <u>(34)998864291</u>                             |                                  |               |
| e-mail: <u>gabrielvlm@hotmail.com</u>  |   |                                  |               |
| Endereço: Rua <u>Alberto Alves Cabral</u>  | Nº <u>261</u>   | Complemento: <u>Casa 01</u>      |               |
| Bairro <u>Santa Mônica</u>   | Uberlândia<br>Cidade/UF: <u>MG</u>                        | <u>38408226</u><br>CEP           | Telefone: ( ) |
| Nome da MÃE: <u>Stefani Farias de Lima Magalhães</u>   |   |                                  |               |
| RG: <u>18321702</u>  | CPF: <u>10613086694</u>                                   | Data Nasc.: <u>06/11/1994</u>    |               |
| Empresa (trabalho):  | Telefone I:   | ramal:                           |               |
| Telefone residencial:  | Celular: <del>(34)998837369</del><br><u>(34)998837369</u> |                                  |               |
| e-mail: <u>stefani_fariast@hotmail.com</u>   |   |                                  |               |
| Endereço: Rua <u>Alberto Alves Cabral</u>  | Nº <u>261</u>   | Complemento: <u>Casa 01</u>      |               |
| Bairro <u>Santa Mônica</u>   | Uberlândia<br>Cidade/UF: <u>MG</u>                        | <u>38408226</u><br>CEP           | Telefone: ( ) |
| Nome do RESPONSÁVEL:   |   |                                  |               |
| RG   | CPF   | Data Nasc.: ____/____/____       |               |
| Empresa (trabalho):  | Telefone I:   | ramal:                           |               |
| Telefone residencial:  | Celular:  |                                  |               |
| e-mail:  |   |                                  |               |
| Endereço: Rua  | Nº  | Complemento:                     |               |
| Bairro   | Cidade/UF:  | CEP                              | Telefone: ( ) |



# COLÉGIO CORAM DEO

Avenida Rio Branco, 785, Centro, CEP 38400-056, Uberlândia-MG

FICHA DE MATRÍCULA – ANO: 2026

EDUCAÇÃO INFANTIL - ENSINO FUNDAMENTAL

## PROCEDÊNCIA DO ALUNO

(preencher no ato da matrícula)

| Local de origem do aluno                                      | Rede/Estabelecimento origem                    | Situação aluno ano anterior                      | Situação do aluno na série atual                    |
|---|--|--|---|
| Mesmo município <input checked="" type="checkbox"/>           | Federal  | Foi Aprovado <input checked="" type="checkbox"/> | Primeiro ingresso no tipo Ensino                    |
| Outro município do Estado <input checked="" type="checkbox"/> | Estadual                                       | Foi Reprovado                                    | Novato na série <input checked="" type="checkbox"/> |
| Outro Estado  | Municipal                                      | Abandonou  | Repetente por ter sido reprovado                    |
| Outro País  | Particular <input checked="" type="checkbox"/> | Não frequentou                                   | Repetente por abandono                              |
|   | Nunca frequentou escola                        |  | Repetente apesar de ser aprovado                    |

## TIPO DE ENSINO CURSADO NO ANO ANTERIOR

|   |                      |
|---|----------------------|
| Educação Infantil (Pré-Escolar) <input checked="" type="checkbox"/> | Educação Especial    |
| Ensino Fundamental _____  | Outro tipo de Ensino |

## EDUCAÇÃO ESPECIAL

Tipo de excepcionalidade do Portador de Necessidades Especiais

|                      |                      |                                 |  |
|----------------------|----------------------|---------------------------------|--|
| Deficiência mental   | Deficiência auditiva | Deficiência múltipla            | Condutas típicas (problema conduta)        |
| Deficiência da visão | Deficiência física   | Altas Habilidades (superdotado) | Outras <input checked="" type="checkbox"/> |
| Não se Aplica        |                      |                                 | <u>Autismo</u><br>NÍVEL SUPORTE 10         |

## ENTRADA / SAÍDA DA ESCOLA

1 – Seu(sua) filho(a) vem para escola de que forma?

|                   |                        |   |                    |
|-------------------|------------------------|---|--------------------|
| a pé e sozinho(a) | de ônibus e sozinho(a) | alguém sempre vem trazê-lo(a) <input checked="" type="checkbox"/> | transporte escolar |
|-------------------|------------------------|---|--------------------|

2 – A escola recomenda que os alunos esperem dentro da escola por seus pais ou condução escolar.

|   |     |   |
|---|-----|---|
| O(a) aluno(a) está autorizado(a) deixar a escola, sozinho(a)? | SIM | NÃO <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|-----|---|

Em caso negativo, as únicas pessoas autorizadas a retirá-lo(a) da escola são:

a) Nome: ROSELY ELZA DE LIMA MAGALHÃES

R.G. nº 2069376-6 Parentesco: AVÓ

b) Nome: MARIA DOS SANTOS FARIAS

R.G. nº 4722162 Parentesco: AVÓ



# COLÉGIO CORAM DEO

Avenida Rio Branco, 785, Centro, CEP 38400-056, Uberlândia-MG

FICHA DE MATRÍCULA – ANO: 2026

EDUCAÇÃO INFANTIL - ENSINO FUNDAMENTAL

## FICHA DE SAÚDE

1 - O médico do(a) aluno(a) é: ( ) alopata ( ) homeopata

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones para contato (inclusive celular): \_\_\_\_\_

2 - O(a) aluno(a) é alérgico a algum medicamento tópico, oral ou injetável? ( ) sim  não

Qual/(is)? \_\_\_\_\_

3 - Em caso de febre alta, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo(a) aluno(a), com qual(is) medicamento(s) ele(a) deverá ser medicado(a), por indicação médica (será necessário receita no prontuário):

OBS.: A ESCOLA SÓ IRÁ MEDICAR O (A) ALUNO (A) COM A **APRESENTAÇÃO DA RECEITA MÉDICA**

4 - A criança tem doença congênita? ( ) sim  não

Qual/(is)? \_\_\_\_\_

5 - Quais as doenças contagiosas da infância já contraídas?

( ) caxumba ( ) sarampo ( ) rubéola ( ) catapora  escarlatina ( ) coqueluche ( ) outras \_\_\_\_\_

Quando? 2 ou 3 anos

6 – Outras condições físicas?

|  | SIM                                 | NÃO                                 |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Tem hipertensão?   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tem alteração de pressão?  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| É diabético?   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Em caso afirmativo, é dependente de insulina?  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| É epilético?   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Em caso afirmativo, está em tratamento?  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| É hemofílico?  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| É deficiente visual?   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| É deficiente físico?   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tem algum problema cardíaco?   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tem asma ou bronquite?   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Outro problema respiratório?   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Já teve fraturas?  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Em caso afirmativo, qual parte do corpo?   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tem algum problema no joelho?  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Sente dores de cabeça com frequência?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Tem cólicas fortes?  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| Tem alergia a alguma coisa?  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Em caso afirmativo, descreva:  |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tem algum problema de saúde que o impeça de participar das aulas de Educação Física? |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |

7 - Atualmente está fazendo algum tipo de tratamento médico?  sim ( ) não

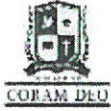
Qual/(is)? ENXAQUECA

8 - Está ingerindo medicação específica?  sim ( ) não

Qual/(is)? VERTIX

9 - O(a) aluno(a) possui alguma necessidade especial? ( ) sim  não

Qua/(is)? \_\_\_\_\_



# COLÉGIO CORAM DEO

Avenida Rio Branco, 785, Centro, CEP 38400-056, Uberlândia-MG

FICHA DE MATRÍCULA – ANO: 2026

EDUCAÇÃO INFANTIL - ENSINO FUNDAMENTAL

10 – Faz algum tipo de acompanhamento?  sim ( ) não. Se positivo assinale qual(is):  
 Psicológico  Fonoaudiológico  Neurológico ( ) Psicopedagógico ( ) Psiquiátrico

Obteve qual diagnóstico?

( ) Transtorno de Déficit de Atenção (TDA) ( ) Dislexia ( ) Dislalia  Autismo  
( ) Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA) ( ) Transtorno Bipolar  
( ) Outros? Explique: \_\_\_\_\_

10 - Em caso de emergência, não sendo localizados os pais ou responsáveis pelo(a) aluno(a), quem deverá ser avisado?

a) Nome: ROSELY EUZADE LIMA MAGALHÃES Parentesco: AVÓ  
Telefone fixo: (34) 3314-8841 Celular: (34) 99226-8724  
b) Nome: MARIA DOS SANTOS FARIAS Parentesco: AVÓ  
Telefone fixo: \_\_\_\_\_ Celular: (34) 99945-7407

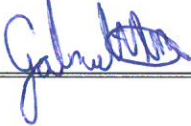
11 – O(a) aluno(a) possui algum plano de saúde?  sim ( ) não Qual? UNIMED ARAGUARI

12 - Em caso de necessidade, o(a) aluno(a) deverá ser removido para qual hospital ou clínica?

UMC  
Endereço do hospital ou clínica: RAFAEL MARINO NETO, 600 Telefones: (34) 3257-1400

Declaro, para os fins de direito, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e autênticas, ficando ciente que a falsidade configura crime passível de apuração e responsabilização. Declaro, ainda, que me comprometo a atualizar as informações prestadas, no caso de qualquer alteração do conteúdo acima declarado.

## ASSINATURAS

| Pai / Mãe / Responsável   | Direção Escolar | Coordenação Pedagógica |
|---|-----------------|------------------------|
|  |                 |                        |